

介護付有料老人ホームウエルリブじんざん 入居申込意見書

※ この意見書は、介護支援専門員、施設・病院職員などの専門職が入居希望者の現在の状況をご記入ください。

(記入する者がいない場合は、当施設にご相談ください。)

記載日 令和 年 月 日

記載者 氏名

入居希望者氏名

所 属

職 種

T E L

(1) 現在の身体状況に該当する項目に○をつけてください

	A	B	C	特記事項 (できる限りご記入または、○で囲んで下さい)
①食 事	介助が必要	見守り程度	自 立	摂食時間：約 分。使用食器：はし・スプーン・自助具・特殊食器 食事形態：主食・普通・軟飯・全粥ミキサー 副食・普通・軟菜・一口大・極刻み・ゼリー菜 禁止(アレルギー)食品：有 () 無 一般浴 シャワー浴 リフト浴 特殊浴
②入 浴	介助が必要	見守り程度	自 立	介助用具 ある () ない 歯 自歯 義歯：上 下 義歯洗浄：自立 介助 口腔ケア 自立 介助
③洗 面	介助が必要	見守り程度	自 立	尿便意 ある あいまい ない 介助用具 ホールトル 拭、パット 尿器 その他 ()
④排 泄	介助が必要	見守り程度	自 立	移動手段 車椅子 シルバーカー 歩行器 その他 () 転倒の危険性 要注意 注意 ない
⑤移 動	介助が必要	見守り程度	自 立	協力動作 ある ない
⑥更 衣	介助が必要	見守り程度	自 立	
⑦視 力	見えない	眼鏡等	問題ない	
⑧聴 力	聴こえない	補聴器等	問題ない	
⑨理解力	できない	内容による	問題ない	理解が難しい内容 ()
⑩意思疎通	できない	やや困難	問題ない	困難になる場面 ()
⑪金銭管理	できない	金額による	自 立	本人が管理できる金額 () 円
特記事項：特別な配慮など				

(2) 認知症状があるものにレ点をつけてください

<input type="checkbox"/> 時間が分からなくなる	<input type="checkbox"/> 場所が分からなくなる	<input type="checkbox"/> 人が分からなくなる	<input type="checkbox"/> 帰宅願望がある
<input type="checkbox"/> 徘徊がある	<input type="checkbox"/> 依存傾向がある	<input type="checkbox"/> 物取られ妄想がある	<input type="checkbox"/> 摂食異常がある
<input type="checkbox"/> 介護に対して抵抗がある	<input type="checkbox"/> 幻視がある	<input type="checkbox"/> 幻聴がある	<input type="checkbox"/> せん妄がある
<input type="checkbox"/> 暴言暴行がある	<input type="checkbox"/> 大声があがる	<input type="checkbox"/> 昼夜逆転がある	<input type="checkbox"/> 傾眠傾向がある
<input type="checkbox"/> 不潔行為がある	<input type="checkbox"/> 強迫観念がある	<input type="checkbox"/> まとまりのない発言がある	<input type="checkbox"/> 作話がある
<input type="checkbox"/> 抑うつ傾向がある	<input type="checkbox"/> 他者とトラブルがよくある	<input type="checkbox"/> 感情の変化が乏しい	<input type="checkbox"/> 火の不始末がある
その他の特記事項			

※裏面のご記入もお願いします

(3) 現病名及び既往歴（発症年月）

(現病名)	(既往歴：褥瘡歴含)
-------	------------

(4) 特別な医療行為及び現処方薬

(医療行為名・内容・頻度)	現処方薬
	禁止薬物 有 () 無

(5) 特記事項（在宅及び入所・入院先で生活継続困難な理由）

(6) 外部サービスを利用している場合は、そのサービスに○をつけてその頻度をお願いします

・ホームヘルパー	・配食サービス	・入浴サービス	・デイサービス
・訪問看護	・往診	・その他	・無

(7) 日常生活（昼夜どのように過ごされているかご記入ください）

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(8) その他の注意点
